

19.10.2022

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) zum Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

Die folgende Stellungnahme wurde gemeinsam mit dem Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD), der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) und dem Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e. V. (VLKKD) erstellt.

Stellungnahme zur Einführung der PPR 2.0 / Kinder-PPR 2.0:

Aufgrund der geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung stellen wir die Ernsthaftigkeit des Gesetzes in Bezug auf die Einführung der PPR 2.0 / Kinder-PPR 2.0 in Frage.

Das geplante Vetorecht des Bundesfinanzministeriums sowie die Ausnahmeregelung für Kliniken mit Individualvereinbarungen vermitteln den Eindruck, dass es den beteiligten Ministerien an Ernsthaftigkeit bei dem Ziel des Pflegepersonalaufbaus in den deutschen Krankenhäusern mangelt. Aus unserer Sicht ist das ganze Vorhaben so nicht zielführend.

Sowohl zum Referentenentwurf als auch zum Kabinettsentwurf des Gesetzes hatten wir in Form von Stellungnahmen Aspekte und Änderungsvorschläge eingebracht. Bisher fand jedoch keiner dieser für die Zukunft der Versorgung unserer jüngsten Patient/-innen grundlegenden Vorschläge Berücksichtigung.

Die Einführung der Kinder-PPR 2.0 macht nur dann Sinn, wenn

1. sie bundeseinheitlich Anwendung findet, d.h. es keine Befreiungsmöglichkeit per Gesetz gibt,
2. sie einschließlich der Kinder-Intensivmedizin (ist Bestandteil der Kinder-PPR 2.0) umgesetzt wird,
3. die gewonnene Erfahrung aus der breiten Anwendung der Kinder-PPR 2.0 als lernendes System auch für das Pflegepersonalbemessungsinstrument nach 137k SGB V genutzt wird,
4. der über die Kinder-PPR 2.0 ermittelte „angemessene“ Kinderkrankenpflegepersonalbedarf auch aufgebaut (ausgebildet) und finanziert wird, also entsprechende Anreize geschaffen werden,
5. und für die unbürokratische Anwendung praktikable Softwarelösungen verpflichtend bereitgestellt werden müssen.

Anmerkungen und Änderungsvorschläge

A. Allgemeiner Teil

Text Regierungsentwurf	Anmerkungen, Änderungsvorschläge
Artikel 1 (Änderung des SGB V) Nummer 3 Absatz (1) (Seite 14)	Es ist klarzustellen, dass bei der Kinder-PPR 2.0 die Kinderintensivstationen einschl. der

<p>(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 Folgendes zu ermitteln und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung</u> von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte, 2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung</u> von Erwachsenen und Kindern und 3. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung</u> von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte. <p>Sie haben außerdem die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen.</p>	<p>neonatologischen Intensivstationen eingeschlossen sind.:</p> <p><u>Formulierungsvorschlag:</u></p> <p>...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung</u> von Erwachsenen und Kindern sowie der <u>intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen</u> jeweils eingesetzten Pflegekräfte, 2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung</u> von Erwachsenen und Kindern sowie der <u>intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen</u> und 3. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung</u> von Erwachsenen und Kindern sowie der <u>intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen</u> auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte. <p>...</p>
<p>Artikel 1 (Änderung des SGB V) Nummer 3 Absatz (2) (Seite 15)</p> <p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden</p>	<p>Es ist klarzustellen, dass bei der Kinder-PPR 2.0 die Kinderintensivstationen einschl. der neonatologischen Intensivstationen eingeschlossen sind.</p> <p><u>Formulierungsvorschlag:</u></p> <p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden</p>

<p>Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen</u> somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der <u>nichtintensivmedizinischen</u> somatischen Versorgung eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte und 2. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der <u>nichtintensivmedizinischen</u> somatischen Versorgung auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte. 	<p>Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen</u> somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern, <u>bei Kindern und Jugendlichen auch der kinderintensivmedizinischen somatischen Versorgung.</u> Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der <u>nichtintensivmedizinischen, <u>bei Kindern und Jugendlichen auch der kinderintensivmedizinischen</u></u> somatischen Versorgung eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte und 2. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der <u>nichtintensivmedizinischen, <u>bei Kindern und Jugendlichen auch der kinderintensivmedizinischen</u></u> somatischen Versorgung auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.
<p>Artikel 1 (Änderung des SGB V) Nummer 3 Absatz (3) (Seite 15)</p> <p>(3) Das Bundesministerium für Gesundheit <u>kann</u> durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates <u>im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen</u> bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen</u> somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern <u>erlassen</u>.</p>	<p>Das geplante Vetorecht des Bundesministeriums für Finanzen sowie die Ausnahmeregelung für Kliniken mit Individualvereinbarungen vermitteln den Eindruck, dass es den beteiligten Ministerien an Ernsthaftigkeit bei dem Ziel des Pflegepersonalaufbaus in den deutschen Krankenhäusern mangelt. Aus unserer Sicht droht damit das ganze Vorhaben zu scheitern.</p> <p>Es ist klarzustellen, dass bei der Kinder-PPR 2.0 die Kinderintensivstationen einschl. der neonatologischen Intensivstationen eingeschlossen sind.</p> <p>Formulierungsvorschlag: (1) Das Bundesministerium für Gesundheit <u>erlässt</u> durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates <u>im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen</u> bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren</p>

	<p>Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der <u>nichtintensivmedizinischen somatischen, in Einheiten für Kinder und Jugendliche zusätzlich auch der kinderintensivmedizinischen</u> Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern.</p>
<p>Artikel 1 (Änderung des SGB V) Nummer 3 Absatz (5) (Seite 16)</p> <p>(5) Sofern für ein Krankenhaus in einem Tarifvertrag oder einer sonstigen Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern verbindliche Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und <u>Kindern</u> auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart wurden und diese Vereinbarung nach dem übereinstimmenden schriftlich oder elektronisch erklärten Willen der Tarifvertragsparteien der Anwendung der <u>Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 vorzuziehen ist, entfallen für das Krankenhaus die sich aus der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 ergebenden Verpflichtungen.</u> Die Erklärung sowie der Tarifvertrag oder die sonstige Vereinbarung sind dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln.</p>	<p>Krankenhäuser mit den angeführten Individualvereinbarungen sollten sich keinesfalls komplett aus der „Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs“ und damit auch einer Überprüfbarkeit durch ein Benchmark mit anderen Krankenhäusern mit einheitlichen Regeln herausziehen dürfen. Anwendung und Erfassung der Strukturdaten nach der PPR 2.0 / Kinder-PPR 2.0 müssen auch für diese Krankenhäuser gelten.</p> <p>Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn zumindest Einrichtungen und Stationen für Kinder und Jugendliche sich nicht von der Verpflichtung nach den Absätzen 3 und 4 befreien können. Diese Patientengruppe ist zu klein für Individuallösungen.</p> <p><u>Formulierungsvorschlag:</u></p> <p><u>Streichen von „Absatz 5, mindestens aber für Einheiten/Stationen für Kinder- und Jugendliche“</u></p>

B. Besonderer Teil

Text Referentenentwurf	Anmerkungen, Änderungsvorschläge
<p>Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Nummer 2 (Seite 43)</p>	<p>Erfahrungen aus dem Interimsinstrument PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 sollten oder besser müssen bei dem Wissenschaftlichen Instrument nach §137k SGB V einbezogen werden, anderenfalls nutzt man die Chance von Erkenntnisgewinn in einer Übergangsphase nicht.</p>

<p>..... Bei der Entwicklung des wissenschaftlichen Verfahrens nach 137k <u>können</u> erste Erfahrungen mit dem Interimsinstrument PPR 2.0 einbezogen werden.</p>	<p>Formulierungsvorschlag: Bei der Entwicklung des wissenschaftlichen Verfahrens nach 137k <u>müssen</u> erste Erfahrungen mit dem Interimsinstrument PPR 2.0 einbezogen werden.</p>
<p>Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Nummer 3 (Seite 46)</p> <p>.... <u>Ein Krankenhaus soll allerdings nicht an die in der Rechtsverordnung festgelegten Vorgaben gebunden sein, wenn</u> für das Krankenhaus in einer (tarif-)vertraglichen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber(n) und Beschäftigten verbindliche Vorgaben zum Personaleinsatz in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen <u>und Kindern</u> auf bettenführenden, somatischen Stationen getroffen wurden (Absatz 5).</p>	<p>Mit dieser Ausnahme könnte das bundesweit einheitliche Instrument unterlaufen werden. Daher sollte klargestellt werden, dass auch diese Krankenhäuser die PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 anwenden müssen und durch die hausinterne vertragliche Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten zunächst nur die Sanktionsregelungen der Rechtsverordnung umgehen dürfen.</p>
<p>Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Nummer 3 Zu Absatz 3 (Seite 45)</p> <p>Abhängig von den Ergebnissen der Erprobung nach Absatz 2 kann das BMG durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen als Übergangsinstrument Vorgaben zur Ermittlung und Festlegung des Pflegepersonalbedarfs in der unmittelbaren Patientenversorgung <u>von Erwachsenen (> 18 Jahren) und Kindern (< 18 Jahre) auf den bettenführenden, somatischen Stationen der zugelassenen Krankenhäuser</u> erlassen.</p>	<p>Hier ist zu präzisieren (redaktionell):</p> <p>Formulierungsvorschlag: <u>... von Erwachsenen (> = 18 Jahren) und Kindern (< 18 Jahre)</u> oder <u>von Erwachsenen (ab 18. Geburtstag) und Kindern (bis Ende des 18. Lebensjahres)</u></p> <p>Darüber hinaus hat die PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 einen konkreten Stationsbezug für die Versorgung, daher folgender</p> <p>Anpassungsvorschlag: <u>... von Erwachsenen (> = 18 Jahren) und Kindern (< 18 Jahre) auf den bettenführenden, somatischen Stationen für Erwachsene oder Kinder und Jugendliche</u> der zugelassenen Krankenhäuser erlassen.</p>
<p>Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Nummer 3 Zu Absatz 3 (Seite 45 Mitte)</p> <p>Die Vorgaben sollen sich nicht auf die Pflege im Operationsdienst, in Dialyseeinheiten, in der Anästhesie, in der Endoskopie, in der</p>	<p>Es gibt auch bettenführende (Kinder-)Notaufnahmen, daher sollten die dort</p>

<p>Funktionsdiagnostik, in der Ambulanz und in der <u>Notaufnahme</u> eines Krankenhauses erstrecken, da diese Bereiche regelmäßig keine bettenführenden Stationen darstellen.</p>	<p>erbrachten Leistungen auch bei der PPR 2.0 berücksichtigt werden können.</p> <p>Formulierungsvorschlag: Die Vorgaben sollen sich nicht auf die Pflege im Operationsdienst, in Dialyseeinheiten, in der Anästhesie, in der Endoskopie, in der Funktionsdiagnostik, in der Ambulanz und in der <u>Notaufnahme</u>, soweit nicht bettenführend, eines Krankenhauses erstrecken, da diese Bereiche regelmäßig keine bettenführenden Stationen darstellen.</p>
<p>Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Nummer 3 Zu Absatz 3 (Seite 45 Mitte)</p> <p>Auch die Pflege auf Intensivstationen für Erwachsene <u>oder Kinder</u> soll aufgrund der Besonderheiten dieser Bereiche nicht von den Vorgaben erfasst werden.</p>	<p>Die Kinder-PPR 2.0 schließt die Kinderintensivstation mit ein. Daher ist „oder Kinder“ hier zu streichen oder zu präzisieren, dass im Unterschied zu einer Intensivstation für Erwachsene (OPS-Kode 8-980, 8-98f) in einer Intensivstation für Kinder (NICU/PICU) die Kinder-PPR 2.0 zur Anwendung kommt. Die Besonderheiten der Intensivstationen für Kinder, auch hinsichtlich der G-BA-Vorgaben zur Einstufung von Früh- und Reifgeborenen, werden von der Kinder-PPR 2.0 berücksichtigt.</p>
	<p><u>Bei der Kinder-PPR 2.0 sind weitere Ausnahmen folgendermaßen zu ergänzen:</u></p> <p>Ausgenommen sind weiterhin Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit besonderem therapeutischem Konzept und multiprofessionellen Teams (vgl. OPS 9.403.xx).</p> <p>Dies sind eigenständige Stationen für Kinder- und Jugendpsychosomatik sowie spezialisierte eigenständige stationäre Einrichtungen für Neuro- oder Sozialpädiatrie, Kinderrheumatologie, Kinderdermatologie, Kinderdiabetologie, die in der Regel als besondere Einrichtungen gem. § 17b KHG betrieben werden.</p>
<p>Zu Artikel 1 (Änderung des SGB V) Zu Nummer 3 Zu Absatz 5 (Seite 46 unten)</p>	

Nach Absatz 5 ist ein Krankenhaus daher nicht an die in der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 festgelegten Vorgaben gebunden, wenn für das Krankenhaus in einer (tarif-) vertraglichen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber(n) und Beschäftigten verbindliche Vorgaben zum Personaleinsatz in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden, somatischen Stationen getroffen wurden. Liegen derartige Vereinbarungen vor, haben Arbeitgeber und Arbeitnehmer schriftlich oder elektronisch ihrem übereinstimmenden Willen Ausdruck zu verleihen, dass die zwischen ihnen geschlossene Vereinbarung zum Personaleinsatz anstatt der in der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 festgelegten Vorgaben anzuwenden ist. Die schriftliche Erklärung ist der vom Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu bestimmenden Stelle gemeinsam mit dem entsprechenden Tarifvertrag oder der sonstigen Vereinbarung zur Kenntnis zu geben.

Ausnahmen sollte es hier **zunächst** nur für die Regelungen zur Sanktionierung geben.

Einheiten für Kinder und Jugendliche sollten hier herausgenommen werden:
Streichen von „und Kindern“

Kontaktdaten:

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD):

██████████, E-Mail: bv-kinderkrankenpflege@t-online.de, www.bekd.de.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ):

██████████, E-Mail: politik@dgkj.de, www.dgkj.de.

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKind):

██████████, www.gkind.de.

Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands e. V. (VLKKD):

██████████, www.vlkkd.de.